



Audi BKK  
 Postfach 10 01 60  
 85001 Ingolstadt

## Arbeitgeberstammdatenblatt

<b>(Haupt)Betriebsnummer</b> = Ihre Arbeitgeberkontonummer (bei Schriftwechsel immer angeben)			
Welche <b>Betriebsnummer</b> verwenden Sie:		<b>bei Meldungen</b>	<b>bei Beitragsnachweisen</b>
		<b>bei Zahlungen</b>	
Rechtskreis: <input type="checkbox"/> Ost <input type="checkbox"/> West			
Firmenname und Anschrift:			
Telefonnummer:		Fax-Nummer:	
E-Mail-Adresse (für den BKK-Newsletter):			
Rechtsform der Firma:			
Name des/der Geschäftsführer(s): Vorstand oder Inhaber			
Ansprechpartner für die Lohn- u. Gehaltsabrechnung im Betrieb	Herr/Frau	Telefon-Durchwahl	
Steuerberater: Anschrift/Telefon			
Bitte Bankverbindung angeben, damit im <b>Erstattungsfall</b> eine schnellere Bearbeitung möglich ist. Vielen Dank.			
Kontonummer:		Bankleitzahl:	
IBAN Nummer:		BIC Code:	
Geldinstitut:			

## Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtigen wir die Audi BKK widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Beiträge zu Lasten meines/unseres Kontos einzuziehen.

Name des Geldinstituts:

Bankleitzahl:

Kontonummer:

IBAN Nummer

BIC Code:

Kontoinhaber (falls nicht mit Zahlungspflichtigem identisch):

Die Beiträge sollen erstmalig für den Monat

von oben genannter Bankverbindung abgebucht werden.

Datum

Stempel/Unterschrift